

**Participação de Sinistro  
Acidentes Pessoais**

Processo Sinistro nr. \_\_\_\_\_

Identificação do Tomador de Seguro		Ramo	Apólice
Nome		N.I.F.	
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	Telefone

Identificação do Sinistrado			
Nome			
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	Telefone
Data de nascimento	/	/	N.I.B.
N.I.F.	(Necessário para a abertura do processo)		

Linha Verde	
O sinistro já foi participado através da Linha Verde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, indique a data e a hora do seu contacto: / / às h	

Dados do acidente		
Data / /	Hora h	Local do acidente
Descrição do acidente		
Partes do corpo atingidas		
Tipo de lesões		
Autoridade que tomou conta da ocorrência		

Em caso de acidente de viação		
O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Matrícula _____		
Nome do Condutor		Nome do Proprietário
Morada		Localidade
Nº de apólice automóvel	Companhia	Responsabilidade presumida
Há testemunhas do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo indique nome e morada:		
Nome		
Morada		
Nome		
Morada		

20 00 07 00 00 02 29

WEBDOC PSAPE 09.07

Informação sobre apólice de Acidentes de Trabalho

O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indicar a seguradora

Apólice nr.

Entidade patronal

Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência?

Morada do médico assistente

Telefone

Em caso de internamento hospitalar, indicar o nome e endereço do hospital / serviço

Declarações e assinaturas

Autorizo a VICTORIA a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde e consequências do acidente, pelo que os considero desobrigados do sigilo profissional.

É do meu conhecimento que as declarações falsas ou inexactas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Feito em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Tomador

Assinatura do Sinistrado

## 1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

### 1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em [www.victoria-seguros.pt](http://www.victoria-seguros.pt), podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

### 2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular dos Dados)